

SUPER GRUPA

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ DO UMOWY ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

Numer Pakietu: _____ - _____ - _____

Pieczęć RBH/Przedstawicielstwa **P** _____
ID POLISA-ŻYCIE ID Pośrednika Rodzaj Pośrednika Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa
UBEZPIECZENIA Sp. z o.o. Agent/Broker

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO/UBEZPIECZANEGO

Imię / imiona: _____

Nazwisko: _____

Data urodzenia / dzień: _____ miesiąc: _____ rok: _____ Obywatelstwo: _____

PESEL: _____ Seria i numer dowodu osobistego: _____

Nr telefonu: _____ E-mail: _____

Adres zamieszkania:

ulica: _____ nr domu: _____ nr mieszkania: _____

kod pocztowy: _____ - _____ miejscowość: _____

Adres do korespondencji:

ulica: _____ nr domu: _____ nr mieszkania: _____

kod pocztowy: _____ - _____ miejscowość: _____

Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest łącznie ze składką należną z tytułu Umowy Podstawowej i wynosi dla 1 osoby: _____ PLN

Częstotliwość opłacania składki z tytułu Umowy Dodatkowej wynika z Umowy Podstawowej.

Suma ubezpieczenia w Umowie Dodatkowej równa jest sumie ubezpieczenia określonej w Umowie Podstawowej.

Data początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej zgodna z datą zawarcia Umowy Podstawowej.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

| Lp. | RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO | kwota |
|-----|--|---------------------------------------|
| 1) | Rehabilitacja Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku | 2 000 PLN |
| 2) | Leczenie poszpitalne - świadczenie apteczne | 100 PLN |
| 3) | poddanie Ubezpieczonego Operacji chirurgicznej (pobyt w szpitalu minimum 3 dni): | |
| a) | I klasa | 800 PLN |
| b) | II klasa | 50 % świadczenia określonego w pkt a) |
| c) | III klasa | 25 % świadczenia określonego w pkt a) |
| 4) | przeprowadzenie u Ubezpieczonego Specjalistycznego leczenia | 800 PLN |
| 5) | pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni | 50 PLN |
| 6) | powstanie Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu za każdy orzeczoney 1% uszczerbku na zdrowiu | 50 PLN |

Ponadto Ubezpieczony bierze udział w Programie „Pakiet Usług Assistance” zgodnie z obowiązującym w dniu zawarcia Umowy Dodatkowej Regulaminem Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”.

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZANEGO

SEKCJA I *

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych”, który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą. TAK NIE
- Wyrażam zgodę, aby niniejszy wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia Umowy Dodatkowej do umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA w ramach pakietu o numerze wskazanym w niniejszym wniosku. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem ogólne warunki umowy dodatkowej do zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA o symbolu BRP-1118 oraz Regulamin Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”, z którymi się zapoznałem i których treść akceptuję.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku dystrybutor ubezpieczeń określił, na podstawie uzyskanych ode mnie informacji, moje wymagania i potrzeby, w szczególności w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, oraz przekazał mi dokument zawierający informacje o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym, przy czym mam świadomość, że dokument o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym ma charakter informacyjny i nie stanowi części zawieranej umowy ubezpieczenia. Oświadczam, że zawierana umowa ubezpieczenia jest zgodna z moimi wymaganiami i potrzebami w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, zaś wszelkie rozbieżności pomiędzy informacjami zawartymi w otrzymanym dokumencie o produkcie ubezpieczeniowym a treścią zawieranej umowy ubezpieczenia zostały mi wyjaśnione i przeze mnie zaakceptowane.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku dystrybutor ubezpieczeń spełnił wobec mnie wymogi określone w art. 22 oraz 23 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 roku o dystrybucji ubezpieczeń, a w szczególności poinformował mnie o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia oraz o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.
- Wyrażam zgodę na udział w Programie „Pakiet Usług Assistance” na podstawie Regulaminu Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”.
- Oświadczam, iż w związku z udziałem w Programie „Pakiet Usług Assistance” otrzymałem informację na temat przetwarzania moich danych osobowych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w celu m.in. należytego wykonywania umowy ubezpieczenia będącej przedmiotem tego programu. TAK NIE
- Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

Poniżej złożony przeze mnie własnoręczny podpis stanowi potwierdzenie złożenia wszystkich wymienionych powyżej oświadczeń.

DD - MM - RRRR

Data podpisania wniosku

_____ podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczanego

Jako Pośrednik oświadczam, iż wniosek został sporządzony i podpisany w mojej obecności, a personalia Ubezpieczanego zostały przeze mnie zweryfikowane na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości.

_____ pieczęć i podpis Pośrednika

_____ *POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.*
pieczęć i podpis osoby reprezentującej POLISA-ŻYCIE
UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

* W przypadku wypełnienia pola „NIE” lub niewypełnienia żadnego z pól wyboru „TAK”, „NIE” w danej sekcji, umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta.